

Al Distretto Socio-Sanitario RM G ____

c/o il Comune Capofila _____

Indirizzo: _____

HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e loro familiari

(D.G.R. 504/2012)

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

altro (*specificare:* _____)

richiedente in favore di:

BENEFICIARIO

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

- Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dai Centri U.V.A. regionali che documenti la diagnosi di Alzheimer e certifichi il livello di gravità/stadiazione della malattia;
- Valutazione risultante dei test di autonomia funzionale MMSE, ADL, IADL;
- Modello ISEE, attestante la situazione economica del nucleo familiare in corso di validità;
- Documento di identità, in corso di validità, del richiedente il contributo;
- Documento di identità, in corso di validità, del beneficiario dell'assegno di cura.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM G_____.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di _____, Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM G _____, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al "HOME CARE ALZHEIMER" - Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e loro familiari - D.G.R. 504/2012 - recante "Modifica al Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti approvato con D.G.R. 544 del 2010. Integrazione D.G.R. 408/2012 con finalizzazione della somma di € 3.000.000,00 sul Cap. H. 41900 e.f. 2012 per interventi in materia di Alzheimer. Modalità di utilizzazione dell'importo complessivo di € 7.026.285,72.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

altro (*specificare:* _____)

richiedente per conto di:

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig./della sig.ra (beneficiario dell'assistenza indiretta):

_____ residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma
